

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



Romanian



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți privind colita ulcerativă (CU)

Salvatore Leone*¹, Alejandro Samhan-Arias*², Itamar Ben-Shachar³, Marc Derieppe⁴, Filiz Dinc⁵, Isabella Grosu⁶, Charlotte Guinea⁷, Jarkko Lignell⁸, Gediminas Smailys⁹, Sigurborg Sturludóttir¹⁰, Seth Squires¹¹, Paolo Gionchetti¹², Rami Eliakim**¹³, Janette Gaarenstroom**¹⁴

* Acești autori au contribuit în mod egal ca primi autori

** Acești autori au contribuit în mod egal ca ultimi autori

¹AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milano, Italia; ²ACCU ESPAÑA - Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madrid, Spania; ³CCFI - The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Aviv 61398; ⁴AFA - Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Paris, Franța; ⁵inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Istanbul, Turcia; ⁶ASPIIR - Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Moșilor 268, București, România; ⁷Crohns & Colitis UK - CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Regatul Unit; ⁸CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Finlanda; ⁹Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Lituania; ¹⁰Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reykjavik Islanda; ¹¹Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Scoția, Regatul Unit, PA2 9PN; ¹²University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bologna, Italia; ¹³Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Israel; ¹⁴University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Țările de Jos (until September 2015)

Societăți organizatoare și corespondente: European Crohn's and Colitis Organisation (Organizația Europeană pentru Boala Crohn și Colita Ulcerativă), Ungargasse 6/13, 1030 Viena, Austria; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (Federația Europeană a Asociațiilor pentru Boala Crohn și Colita Ulcerativă), Rue Des Chartreux, 33-35 Bruxelles B 1000 Belgia

Recunoaștere

ECCO și EFCCA ar dori să mulțumească tuturor celor care au contribuit la Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți. ECCO și EFCCA ar dori să recunoască munca scriitorilor medicali, Sanna Lonnfors și Andrew McCombie, care au contribuit în mod semnificativ la Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți.

Politica de difuzare

Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți se bazează pe Recomandările clinice ECCO pentru boala Crohn și colita ulcerativă. Pentru a consulta Recomandările clinice ECCO, vă rugăm să accesați acest link: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Vă rugăm să nu ezitați să difuzați Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți. Vă rugăm să rețineți că orice traducere a Recomandărilor ECCO-EFCCA pentru pacienți este supusă aprobării ECCO și EFCCA.

Declarație

Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți au rolul de a facilita educația și capacitarea pacienților, vizând îndrumarea în privința celor mai bune practici la nivel european. Prin urmare, este posibil ca unele recomandări să difere la nivel național, din moment ce tratamentul furnizat variază în funcție de țară. Orice decizii de tratament vizează clinicianul individual și nu trebuie să se bazeze exclusiv pe conținutul Recomandărilor ECCO-EFCCA pentru pacienți. European Crohn's and Colitis Organisation, European Federation of Crohn's and Colitis și/sau oricare din membrii personalului lor și/sau oricare dintre colaboratorii la recomandări nu pot să fie trași la răspundere pentru nicio informație publicată de bună credință în Recomandările ECCO-EFCCA pentru pacienți.

Politica ECCO privind conflictul de interese

ECCO a menținut cu sârguință o politică de divulgare a potențialelor conflicte de interese. Declarația de conflict de interese se bazează pe un formular utilizat de Comitetul internațional al editorilor de jurnale medicale (ICMJE). Declarația de conflict de interese nu este păstrată doar la Biroul ECCO și la biroul editorial al JCC, ci este de asemenea disponibilă în vederea cercetării amănunțite a publicului pe site-ul web ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>), oferind o privire de ansamblu cuprinzătoare asupra potențialelor conflicte de interese ale autorilor.

Introducere

European Crohn's and Colitis Organization este cea mai mare asociație din lume care cuprinde specialiști în boala inflamatorie intestinală (BII). Pe lângă educație și cercetare, generarea de noi cunoștințe se numără printre obiectivele sale. Prin dezvoltarea de recomandări practice legate de BII, ECCO reunește expertiza celor mai buni specialiști în diferite discipline pentru a genera aceste documente de referință într-o manieră cooperantă și de consens.

În 2006 ECCO a publicat primele sale recomandări privind diagnosticarea și gestionarea bolii Crohn^{1,2}. De la acel moment, urmând un interes continuu de a promova o perspectivă europeană comună cu privire la BII, un număr total de cincisprezece Recomandări ECCO au fost deja publicate, acoperind diferite subiecte legate de colita ulcerativă (CU), de la gestionarea generală³ până la subiecte foarte specifice, precum CU pediatrică⁴.

Suplimentar, și încă de la fondarea sa, principalul obiectiv al European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) a fost îmbunătățirea calității vieții pacienților prin diseminarea bunelor practici pentru pacienți și familiile lor, inclusiv intervenții educative, creșterea nivelului de conștientizare publică, încurajarea cercetării și a dezvoltării de noi instrumente pentru tratamentul medical.

Printr-o inițiativă de a îmbunătăți impactul pe care îl au consensurile privind BII, ECCO și EFCCA au depus eforturi sinergice de a furniza următoarele recomandări pentru pacienții care suferă de colită ulcerativă.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Recomandările incluse în acest document sunt o colecție a celor mai valoroase declarații privind diagnosticul și tratamentul CU. Scopul acestor recomandări este de a oferi o mai bună înțelegere despre cum este diagnosticată și tratată CU de către personalul medical. Recomandările au fost împărțite în 5 blocuri tematice principale legate de: diagnostic, boală activă, remisiune, intervenție chirurgicală, cancer colorectal și complicații extraintestinale. Un glosar a fost adăugat la sfârșitul documentului pentru o mai bună înțelegere a terminologiei utilizate. În plus, pentru a obține un număr mai mare de pacienți cititori și o înțelegere ușoară din partea lor, aceste recomandări au fost adaptate într-un format prietenos cu pacientul.

Diagnosticul colitei ulcerative (CU)

Tratamentul pe care ar trebui să îl primiți va fi stabilit și în funcție de cât de mult din colonul dumneavoastră este afectat (adică extinderea bolii). Tipul de tratament depinde de cât de mult este extinsă boala și îl ajută pe medic sau pe asistenta medicală să decidă dacă ar trebui să vi se administreze tratament oral și/sau topic. Extinderea bolii afectează momentul în care trebuie să înceapă supravegherea bolii dumneavoastră și cât de des trebuie să aibă loc. Prin urmare, CU de care suferiți este clasificată pe baza a cât de mult din colonul dumneavoastră este afectat. Modalitatea preferată de a clasifica CU este determinată de endoscopie, care permite confirmarea gradului de inflamație a intestinului dumneavoastră. CU poate fi clasificată în proctită, colită stângă și colită extensivă.

Experții sunt de acord că cea mai bună metodă de a clasifica CU este prin colonoscopie. CU trebuie împărțită în proctită, colită stângă și colită extensivă (dincolo de flexura splenică).

Există două motive generale pentru care pacienții cu CU trebuie să fie clasificați conform extinderii bolii: primul - extinderea bolii influențează tipul de tratament și, al doilea, extinderea bolii determină nivelul de supraveghere corespunzător unei persoane.

În ceea ce privește tratamentul, prima linie de tratament pentru proctită este adesea reprezentată de supozitoare. Clismele sunt utilizate pentru colita stângă, iar tratamentul oral (adesea combinat cu tratament topic) pentru colita extensivă.

Cu privire la supraveghere, extinderea bolii este importantă pentru a prevedea cine poate dezvolta cancer colorectal. Pacienții cu proctită nu au nevoie de colonoscopie de supraveghere, însă cei cu colită stângă sau colită extensivă au.

Este util pentru medici să clasifice CU pe baza a cât de gravă este aceasta. Această clasificare îl ajută pe medic să decidă cel mai bun tratament. Gravitatea are un efect asupra tipului tratamentului: topic, sistemic, chirurgical sau dacă chiar este cazul să se înceapă. Indicii de gravitate a bolii nu au fost încă validați în mod corespunzător. Măsurătorile clinice, de laborator, imagistice și endoscopice, inclusiv biopsiile, îi ajută pe medici să decidă care este cel mai bun tratament. Definiția remisiunii nu a fost pe deplin convenită încă. Remisiunea este cel mai bine definită utilizând mai multe măsurători clinice (adică numărul de mișcări intestinale ≤ 3 pe zi fără sângerare) și lipsa semnelor de boală la endoscopie. Absența semnelor de inflamație acută la biopsie este de asemenea de ajutor.

Gestionarea pacienților este parțial determinată de cât de gravă este boala. Gravitatea inflamației determină dacă pacientul are sau nu nevoie de un tratament sau dacă acesta poate fi un tratament oral sau unul intravenos sau este nevoie de o intervenție chirurgicală. Au fost propuși mulți indici de gravitate a bolii, dar niciunul nu a fost validat (adică să se dovedească a fi precis și util) încă. S-a convenit în general că o combinație de caracteristici clinice, constatări de laborator (nivelurile sanguine de proteină C reactivă sau analizele din scaun pentru calprotectina fecală), tehnici imagistice (de exemplu,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



radiografia) și constatări endoscopice (inclusiv biopsiile) îi asistă pe medici pentru gestionarea pacienților.

Definiția remisiunii încă trebuie să fie pe deplin convenită de experți. În prezent, cea mai bună definiție a remisiunii combină simptomele pacientului cu constatările de la colonoscopie. Acei pacienți considerați în remisiune vor avea trei sau mai puține scaune pe zi fără sângerare și nu vor avea niciun fel de inflamație vizibilă la colonoscopie. Este de preferat să nu aibă nici vreo inflamație microscopică la biopsiile lor.

Simptomele CU

Simptomele CU depind de cât de mult din colon este inflamată și de cât de gravă este boala. Sânge în scaun, diaree, sângerare rectală, tenesme și/sau nevoia de a se grăbi spre toaletă sunt simptomele cele mai frecvente. Pacienții cu CU au, de asemenea, nevoie adesea să meargă la toaletă în timpul nopții. Senzația generală de rău, pierderi ale poftei de mâncare sau febra sunt semnele unui atac grav.

Simptomele grave de CU coincid, în general, cu inflamația gravă a colonului și cu cât de mult din colon este afectat; inflamația colonului este măsurată folosind colonoscopia și biopsia.

Cel mai frecvent simptom prezentat de pacienții cu CU este sânge vizibil în scaune. Peste 90% din pacienți raportează acest lucru. **Pacienții cu CU extensivă și activă** prezintă de obicei diaree cronică cu sângerare rectală sau cel puțin cu sânge vizibil în scaune. De asemenea, pacienții au raportat urgență de a elimina scaunul, tenesme, eliminarea de mucus sau sânge, nevoia de a merge la toaletă în timpul nopții, durere abdominală de tipul crampelor (adesea pe partea stângă a abdomenului inferior) înainte de și ameliorată de defecație. În plus, dacă o persoană are inflamație gravă, aceasta are adesea febră, ritm cardiac rapid, pierdere în greutate, umflare abdominală sau zgomote intestinale reduse. Pe de altă parte, **pacienții cu proctită** de obicei raportează sângerare rectală, urgență, tenesme și ocazional constipație gravă.

Istoricul pacientului

Un istoric medical complet trebuie să includă multe întrebări. De exemplu, medicul trebuie să întrebe când au început simptomele și ce tip de simptome sunt prezente. Asemenea simptome includ:

- sânge în scaun
- urgență
- consistența și frecvența scaunelor
- tenesme
- durere abdominală
- lipsa de control intestinal
- nevoia de a merge la toaletă în timpul nopții
- unele simptome nelegate direct de intestine (de exemplu, durerea articulară).

Medicul trebuie să vă întrebe de asemenea despre:

- călătorii recente
- contact cu boli infecțioase care pot afecta intestinele
- medicație (de exemplu, antibiotice, AINS)
- obiceiuri legate de fumat
- practici sexuale
- existența unui membru al familiei cu BC, CU sau cancer intestinal
- apendicectomie anterioară

Diagnosticul de CU trebuie suspectat de la simptomele clinice, precum: sânge în scaun, urgență, frecvența, tenesmele, durerea abdominală, lipsa de control intestinal și nevoia

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



de a merge la toaletă noaptea. Medicul sau asistenta trebuie să întrebe atât despre istoricul familial al BII, cât și al cancerului intestinal. Pacientul trebuie să fie întrebat despre simptome la nivelul ochilor, gurii, articulațiilor și pielii. Colita infecțioasă (de exemplu, cu bacterii din călătoriile în străinătate) sau indusă de medicamente (de exemplu, cu AINS ca ibuprofenul) trebuie avută în vedere și exclusă.

S-a dovedit că apendicectomia pentru apendicita confirmată scade riscul de a face CU mai târziu în viață. De asemenea, apendicectomia face CU mai puțin severă dacă este practică pentru apendicită „adevărată” la o vârstă mai tânără. Dacă un membru al familiei dumneavoastră suferă de BC sau CU, există un risc mai mare de a face CU și pentru dumneavoastră.

Studiile au arătat că în cazul în care o persoană a suferit o apendicectomie pentru apendicită confirmată la o vârstă mai tânără, aceasta are o probabilitate mai mică să facă CU; s-a raportat că această reducere a riscului este de până la 69%. În plus, dacă faceți CU după o apendicectomie, este mai puțin probabil să fie severă. Trebuie reținut că apendicectomia nu previne dezvoltarea CSP. În prezent nu se cunoaște dacă apendicectomia, după dezvoltarea CU, afectează cursul bolii.

Rudele de gradul întâi ale persoanelor cu CU au o probabilitate de 10-15 ori mai mare de a suferi, de asemenea, de CU. Cu toate acestea, deoarece riscul este de la început atât de redus, o rudă de gradul întâi are un risc de a dezvolta CU crescut cu 2%. Prin urmare acest risc crescut nu trebuie să aibă o influență semnificativă asupra deciziei unui pacient cu CU dacă să aibă copii sau nu.

Examenul fizic

Un examen fizic de rutină trebuie să includă mai multe lucruri:

- starea generală de bine
- frecvența cardiacă
- temperatura corporală
- tensiunea arterială
- greutatea
- înălțimea
- examinarea abdominală pentru umflare și durere
- examinarea ano-rectală

Atunci când un medic sau o asistentă efectuează un examen fizic, constatările vor depinde de cât de gravă este CU și de extinderea bolii. Dacă o persoană are o activitate a bolii ușoară spre moderată, de obicei, examinarea sa nu va dezvălui prea multe dincolo de sânge, în urma examinării ano-rectale. Dacă o persoană prezintă inflamație severă, aceasta poate avea febră, frecvență cardiacă rapidă, pierdere în greutate, sensibilitate la nivelul colonului, umflare abdominală sau sunete intestinale reduse.

Teste diagnostice

Testele precoce trebuie să includă hemoleucograma completă, ureea serică, creatinina, electrolitii, enzimele hepatice, nivelurile de vitamina D, studii despre fier și CRP. Calprotectina fecală este un marker precis al prezenței inflamației la nivelul colonului. CRP și VSH sunt utile pentru măsurarea răspunsului la tratament în boala gravă. Medicul trebuie să efectueze teste pentru diaree infecțioasă, inclusiv Clostridium difficile. Medicul trebuie să afle dacă pacientul a fost imunizat împotriva mai multor boli virale sau dacă are tuberculoză.

În mod ideal, la diagnosticare ar trebui să se efectueze pentru fiecare pacient hemoleucograma completă, markerii inflamatori (CRP sau VSH), electrolitii, analizele

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



funcției hepatice și analizele din proba de scaun. Calprotectina fecală, obținută printr-o analiză din scaun, va măsura cu precizie dacă există inflamație la nivelul colonului. Cu toate acestea, rezultatele testelor care măsoară inflamația pot fi normale în CU stângă ușoară sau moderată. Hemoleucograma completă poate releva (a) niveluri ridicate ale plachetelor ca rezultat al inflamației persistente, (b) anemie și niveluri scăzute de fier care indică cronicitatea sau gravitatea bolii și (c) număr total de globule albe crescut, care ridică posibilitatea ca o infecție să fie prezentă.

În afară de proctită, nivelurile CRP tind să fie mai crescute atunci când un pacient are simptome grave. Un nivel ridicat al CRP de obicei coincide cu VSH crescut, fier mai scăzut și niveluri de albumină scăzute. Acești markeri pot de asemenea să fie utilizați pentru a vedea dacă o persoană cu colită acută gravă are nevoie de intervenție chirurgicală. Atunci când sunt ridicate, CRP și VSH pot de asemenea să reprezinte prezența unei infecții. Aceasta înseamnă că markerii nu trebuie utilizați individual pentru a deosebi CU de alte cauze ale simptomelor. Prin urmare, medicul sau asistenta trebuie de asemenea să elimine alte cauze posibile, precum bacteriile (de exemplu, *Clostridium difficile*, *Campylobacter* sau *E. coli*) sau paraziții (de exemplu, amibe.)

Colonoscopia

Atunci când se suspectează CU, colonoscopia (de preferat cu ileoscopie) și biopsiile din mai multe locuri din intestin (inclusiv rectul) sunt cele mai bune metode pentru a confirma diagnosticul și gravitatea. În cazul unui atac grav, trebuie efectuată radiografia abdominală și boala activă confirmată prin sigmoidoscopie ca metodă de primă linie.

Internarea imediată în spital este justificată pentru toți pacienții care îndeplinesc criteriile de colită gravă, pentru a preveni luarea cu întârziere a deciziilor, care poate duce la morbiditate și mortalitate perioperatorie crescute.

Colonoscopia cu intubație în intestinul subțire, împreună cu multe biopsii, este cea mai bună metodă pentru a confirma un diagnostic de suspiciune de CU. Aceasta îi permite medicului sau asistentei să observe mai mult din colon și poate fi mai eficientă decât o sigmoidoscopie. Cu toate acestea, disponibilitatea resurselor, precum și gravitatea bolii suspectate trebuie avute în vedere. Colonoscopia și pregătirea intestinului trebuie evitate la pacienții cu colită gravă din cauza potențialei pierderi de timp și riscului de perforație a colonului.

Atunci când un pacient cu CU suspectată are boală gravă, o radiografie abdominală simplă poate fi utilizată inițial, deși nu garantează diagnosticul. Sigmoidoscopia, spre deosebire de colonoscopie, poate fi utilizată pentru confirmarea acestuia.

În cazul în care CU este inactivă, constatările de la endoscopie pot ajuta la prevederea evoluției bolii. Repetarea endoscopiei este utilă dacă și când CU devine activă din nou. Este de asemenea utilă dacă pacientul trebuie să ia steroizi pentru a rămâne în remisiune sau nu poate să intre în remisiune chiar și atunci când ia steroizi. În ultimul rând, endoscopia este utilă dacă se are în vedere colectomia.

Studiile au arătat că în cazul în care nu există semne de inflamație în timpul colonoscopiei, este mai puțin probabil ca un pacient să prezinte recidivă sau să aibă nevoie de colectomie în viitor. Este de asemenea mai probabil să nu prezinte simptome în anul care urmează colonoscopiei. Localizarea bolii, stabilită folosind colonoscopia, este de asemenea importantă pentru a prezice viitoarele rezultate, evaluând riscul de cancer și stabilind ce tratament trebuie aplicat. Cu toate acestea, în ciuda importanței aparente/preținse a colonoscopiei pentru stabilirea localizării bolii, nu există niciun studiu

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



care să investigheze colonoscopiile de rutină după colonoscopiile inițiale de la diagnosticare.

În prezența stenozei (adică îngustării) colonului, medicul trebuie să elimine cancerul ca o cauză a acesteia. Trebuie recoltate multe biopsii din colon și trebuie avută în vedere intervenția chirurgicală. Uneori intubația endoscopică a întregului colon nu este posibilă. În aceste cazuri pot fi utilizate procedurile imagistice, precum clisma baritată cu dublu contrast sau colonografia.

În colita ulcerativă de lungă durată, o stenoză colonică (adică stricțură/îngustare) este un semn potențial al unei tumori canceroase de intestin și necesită evaluare atentă utilizând colonoscopia și biopsiile. Dacă datorită unei stenoze colonoscopia este incompletă, clisma baritată cu contrast dublu sau simplu poate fi utilizată pentru a evalua îngustarea și colonul adiacent acesteia. Colonografia cu TC poate evalua modelul de țesut din apropierea stenozei colonice, precum și patologia extraintestinală (adică țesut care nu se află la nivelul intestinului) și devine, prin urmare, investigația de elecție în această situație.

Termenul colită nedeterminată (CN) trebuie să fie folosit numai pentru piesele de resecție. Dacă medicul nu știe dacă aveți BC sau CU după ce au fost făcute toate testele posibile, atunci trebuie numită BII neclasificată (BIIN).

BII neclasificată este termenul care se potrivește cel mai bine pentru cazurile în care nu se poate face o distincție definitivă între colita ulcerativă, boala Crohn sau alte cauze de colită. Acest termen este aplicat atunci când distincția nu poate fi făcută chiar și după ce au fost avute în vedere istoricul medical, aspectul endoscopic, histopatologia multiplelor biopsii de mucoasă și radiologia corespunzătoare. Colita nedeterminată este un termen rezervat pentru anatomopatologi pentru a descrie o mostră de colectomie care are caracteristici suprapuse de CU și BC.

Tratamentul medical al colitei ulcerative active

Proctita

Supozitorul de 5-ASA 1 g o dată pe zi este tratamentul precoce preferat pentru proctita ușoară sau moderată. Clismele cu spumă de 5-ASA pot de asemenea să fie utilizate. Supozitoarele pot asigura o cantitate mai mare de medicament în rect și pacienții par să le prefere față de clisme. Combinarea 5-ASA topic cu 5-ASA oral sau cu un steroid topic este mai bună pentru tratarea bolii decât oricare din ele în monoterapie. 5-ASA oral în monoterapie nu este la fel de bun ca în combinație pentru tratarea bolii. Proctita mai rezistentă poate necesita tratament cu imunosupresoare și/sau anti-TNF.

Dacă o persoană are proctită, 5-ASA topic este cel mai bun tratament; acest fapt a fost demonstrat de numeroase studii care au raportat că 5-ASA reduce simptomele și îmbunătățește constatările la colonoscopie și biopsie. În plus, supozitoarele sunt mai eficiente decât clismele deoarece țintesc locul inflamației și sunt detectate în rect la mai mulți pacienți după 4 ore (40% față de 10%). Nu s-a constatat nicio creștere a eficienței 5-ASA dincolo de un gram pe zi, și a-l administra o dată pe zi este la fel de eficace precum de mai multe ori pe zi.

Multiple studii au arătat că mesalazina topică este mai eficace decât steroizii topici în ceea ce privește reducerea simptomelor, precum și pentru a îmbunătăți constatările la colonoscopie și biopsie. Steroizii topici trebuie rezervați pentru persoanele care sunt intolerante la 5-ASA topic.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



5-ASA topic este mai eficace decât 5-ASA oral în monoterapie pentru proctită. Între timp, combinarea 5-ASA topic și oral pare să fie mai eficientă decât oricare dintre aceștia în monoterapie, în cazul în care pacientul are o boală care se extinde la mai puțin de 50 cm de la marginea anală. Combinarea 5-ASA topic cu steroizi topici ajută de asemenea. Dacă o combinație de 5-ASA oral sau topic cu corticosteroizi topici nu o tratează cu succes, trebuie adăugat prednisolonul oral. Dacă toate celelalte eșuează, trebuie utilizat tratamentul imunosupresor sau anti-TNF.

Colita stângă

Precoce în tratament, colita stângă activă ușoară-moderată trebuie tratată cu 1 g de clismă cu aminosalicilat pe zi în combinație cu mai mult de 2,4 g de mesalazină orală pe zi. Tratamentul combinat cu 5-ASA oral plus tratamentul cu 5-ASA topic este mai bun decât utilizarea topică de steroidi sau de aminosalicilați în monoterapie. Este de asemenea mai bun decât amonosalicilații orali în monoterapie. 5-ASA topic este mai bun pentru tratarea bolii decât steroidii topici. Administrarea dozelor de 5-ASA o dată pe zi este la fel de bună ca administrarea 5-ASA în doze împărțite. Corticosteroizii sistemici pot fi utilizați dacă 5-ASA nu funcționează. Când boala este gravă, atunci pacientul trebuie internat în spital pentru tratament intensiv.

Există dovezi clare din studii că atât 5-ASA oral, cât și topic sunt eficace pentru CU stângă. Prin urmare, prima linie de tratament pentru colita stângă ușoară până la moderată este combinația de 5-ASA oral și topic; s-a demonstrat că este mai eficace decât oricare aplicat separat; combinarea tratamentului oral cu cel topic este în aceeași măsură mai eficace și funcționează mai rapid decât fiecare din ele în monoterapie. Rezultatele din multiple studii au arătat că 5-ASA rectal este mai eficace decât corticosteroizii rectali, deși mai multe studii au arătat că dipropionatul de beclometazonă (un medicament steroid) este la fel de eficace precum 5-ASA rectal.

Mai multe studii au arătat că nu există niciun avantaj al divizării dozelor, și astfel 5-ASA poate fi luat o dată pe zi. Cu toate acestea, s-a dovedit că creșterea dozei a condus la rezultate mai bune pentru pacienți și doza minimă recomandată pentru colita stângă este de 2,4 grame pe zi.

Uneori, când 5-ASA nu este eficace sau nu este bine tolerat la pacienții cu CU stângă, trebuie avuți în vedere corticosteroizii orali. Steroidii orali pot funcționa mai rapid, dar au potențialul de a provoca mai multe efecte secundare. Durează în medie 9-16 zile pentru ca 5-ASA să funcționeze, iar răspunsul va fi mai rapid cu tratamentul combinat, comparativ cu tratamentul oral în monoterapie. Dacă starea unui pacient tratat cu 5-ASA se deteriorează în ceea ce privește simptomele, pacientul are sângerare rectală dincolo de 10-14 zile de la începerea tratamentului sau nu prezintă o ameliorare a tuturor simptomelor în interval de 40 de zile, trebuie început tratamentul suplimentar (de obicei corticosteroizi orali).

Colită extensivă

Precoce în tratament, colita extensivă de gravitate ușoară-moderată trebuie tratată cu mai mult de 2,4 g de 5-ASA oral pe zi. Acesta trebuie combinat cu 5-ASA topic, dacă este tolerat, pentru a crește șansele de a rămâne în remisiune. Administrarea dozelor de 5-ASA o dată pe zi este la fel de bună ca administrarea 5-ASA în doze împărțite. Corticosteroizii sistemici trebuie administrați dacă o persoană nu răspunde la 5-ASA. Colita extensivă gravă necesită spitalizare pentru tratament intensiv.

5-ASA oral este eficace pentru inducerea remisiunii CU extensive active ușoară până la moderată. În plus, combinația de 5-ASA topic și oral este mai eficace decât 5-ASA oral în monoterapie; un studiu clinic a demonstrat că tratamentul combinat a obținut remisiunea

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



la 64% din pacienți, comparativ cu 43% care luau 5-ASA oral în monoterapie. 5-ASA o dată pe zi este la fel de eficace precum dozele împărțite la pacienții cu colită extensivă. Tratamentul cu steroizii orali trebuie să fie început dacă boala activă ușoară până la moderată nu răspunde la 5-ASA. În mod similar, dacă unui pacient i se administrează deja mai mult de 2 grame pe zi de 5-ASA sau de imunomodulatoare ca tratament de menținere și prezintă o recidivă, acesta trebuie să înceapă tratamentul cu steroizi. S-a dovedit că steroizii sunt valoroși pentru inducerea remisiunii în cel puțin două studii. O persoană care suferă de CU extensivă gravă trebuie spitalizată, deoarece aceasta este o afecțiune cu potențial letal.

Colita gravă

În prezența diareii cu sânge, mai mult de șase ori pe zi, și oricăror semne de toxicitate sistemică (adică un ritm cardiac de peste 90 de bătăi pe minut, febră de peste 37,8 °C, niveluri de hemoglobină de mai puțin de 10,5 g/dl sau un VSH mai mare de 30 mm/oră sau un nivel al CRP mai mare de 30 mg/l), pacientul are CU gravă și trebuie internat în spital pentru tratament intensiv.

În jur de unul din șase pacienți cu CU are o izbucnire gravă la un moment dat în cursul bolii sale. CU gravă trebuie tratată cu seriozitate. În ciuda progreselor făcute privind tratamentul în ultimul secol, 2,9% din pacienții internați în Regatul Unit cu CU gravă acută decedează, deși mai puțin de 1% vor deceda în centre specializate. Din cauza riscului de deces al CU grave, este important să se recunoască atunci când survine o izbucnire gravă. O izbucnire gravă de CU are loc atunci când pacientul are șase sau mai multe scaune cu sânge pe zi, pe lângă una din următoarele: (a) un ritm cardiac rapid (mai mult de 90 de bătăi pe minut), (b) febră, (c) anemie sau (d) niveluri ridicate ale VSH sau CRP.

Toți pacienții care au o izbucnire gravă trebuie internați în spital pentru tratament intensiv care va include inițial corticosteroizi i.v. și apoi se trece treptat către ciclosporină, tacrolimus sau infliximab dacă pacientul nu răspunde la corticosteroizii i.v. în trei zile. În cazurile în care pacientul nu răspunde la tratamentul medical, acesta va avea nevoie de intervenție chirurgicală. Deciziile cu privire la tratamentul medical de mare intensitate și intervenția chirurgicală trebuie luate rapid, dar de asemenea cu atenție. Dacă intervenția chirurgicală este amânată prea mult, pot avea loc mai multe complicații în timpul acesteia.

CU activă gravă trebuie tratată cu steroizi i.v. Se poate utiliza ciclosporină i.v. de la sine. Heparina cu greutate moleculară mică trebuie administrată pentru a reduce riscul de cheaguri de sânge. O echipă comună cu un gastroenterolog și un chirurg colorectal trebuie să îngrijească pacientul.

Răspunsul la steroizii i.v. este evaluat cel mai bine utilizând analize medicale în jurul celei de-a treia zile. În cazul CU active grave care nu răspunde la steroizii i.v., trebuie discutate alte opțiuni de tratament, inclusiv intervenția chirurgicală. Ciclosporina sau infliximabul sau tacrolimus pot fi potrivite ca tratament de linia a doua. Dacă nu există nicio îmbunătățire în interval de 4-7 zile de terapie de salvare, se recomandă colectomia.

A decide când să se recomande/sugereze colectomia unui pacient cu CU este una dintre cele mai dificile decizii pe care trebuie să le ia un gastroenterolog. Cu toate acestea, gastroenterologul în colaborare cu chirurgul trebuie să fie cât mai hotărât posibil și să nu își lase judecata umbrită de reticența justificabilă a pacientului pentru a amâna

intervenția chirurgicală. Dacă intervenția chirurgicală este amânată prea mult, aceasta poate crește șansele de complicații sau chiar de deces în timpul colectomiei.

Măsurătorile obiective (adică măsurători neinfluențate de emoțiile pacientului sau ale medicului) sunt necesare pentru a ajuta gastroenterologul în procesul important de a decide dacă să trateze CU gravă cu colectomie sau cu medicamente precum ciclosporină, infliximab sau tacrolimus. Markerii clinici (de exemplu, frecvența ridicată a scaunelor), biochimici (de exemplu, nivelurile ridicate de CRP) și radiologici (de exemplu, dilatația colonică) sunt măsurători obiective care pot fi utilizate pentru a asista procesul de luare a deciziei. Este de asemenea important să se aibă în vedere circumstanțele individuale ale pacientului atunci când se ia o decizie. De exemplu, ciclosporina intravenoasă trebuie evitată la pacienții cu colesterol sau magneziu scăzute, datorită riscului ridicat de efecte secundare neurologice la acest grup de pacienți.

Tratamentul medical pentru a menține remisiunea

Alegerea tratamentului de menținere este informată de mulți factori:

- cât de mult din intestin este afectat (adică extinderea bolii)
- cât de des au loc izbucnirile
- dacă tratamentul de menținere anterior a eșuat
- cât de gravă a fost cea mai recentă izbucnire
- ce tratament a fost utilizat pentru a obține remisiunea în timpul celei mai recente izbucniri
- siguranța tratamentului de menținere
- prevenirea cancerului.

Selectarea tratamentului corect pentru a menține pacienții în remisiune depinde de o varietate de factori. Este mai probabil ca acei pacienți cu proctită să aibă nevoie numai de tratament topic, în timp ce aceia cu CU stângă sau extensivă vor necesita tratament oral. Mai mult, dacă o persoană are un istoric de perioade scurte între izbucniri, aceasta va beneficia mai mult de pe urma unui tratament mai intens, deoarece acesta poate crește intervalul dintre izbucniri. Dacă un medicament nu a funcționat pentru menținere în trecut, nu trebuie încercat din nou. Dacă o izbucnire recentă a fost mai gravă, trebuie încercat un tratament mai intens. Gravitatea unei izbucniri prezente va prezice probabilitatea unei izbucniri viitoare. Dacă un pacient are nevoie de steroizi pentru a obține remisiunea, este mai probabil ca acesta să aibă nevoie de un tratament intensiv pentru a menține remisiunea. Efectele secundare ale medicamentelor trebuie evaluate în funcție de beneficiile lor, în ceea ce privește izbucnirile și prevenirea cancerului.

Acidul aminosalicilic

Formele de 5-ASA orale sunt prima linie a tratamentului de menținere dacă pacienții răspund la 5-ASA sau la steroidi (orali sau rectali). 5-ASA rectal este prima linie a tratamentului de menținere pentru proctită și poate fi utilizat pentru colita stângă. 5-ASA oral și rectal în combinație pot fi utilizate ca tratament de menținere de linia a doua.

Multe studii au demonstrat că formele de 5-ASA orale sunt eficiente pentru menținerea remisiunii. În plus, două studii au raportat că utilizarea 5-ASA rectal menține cu succes remisiunea la pacienții cu colită stângă. S-a demonstrat că tratamentul atât cu 5-ASA oral, cât și cu clismă cu 5-ASA a fost mai eficient decât 5-ASA oral în monoterapie pentru menținerea remisiunii. O analiză a pacienților din Regatul Unit a raportat că 80% au preferat tratamentul oral în monoterapie, deci se pare că tratamentul oral este mai acceptabil pentru pacienți decât tratamentul rectal.

5-ASA oral nu funcționează sub o doză de 1,2 g pe zi. Pentru tratamentul rectal, 3 g pe săptămână în doze fracționate sunt suficiente pentru a menține remisiunea. Doza poate fi modificată/schimbată pe baza a cât de mult funcționează. În unele cazuri sunt utile doze mai mari cu sau fără 5-ASA topic. Nu veți avea mai multe efecte secundare de la administrarea 5-ASA o dată pe zi. Alte medicamente orale 5-ASA sunt preferate față de sulfasalazină (deși sulfasalazina poate fi în mod semnificativ mai eficace) deoarece acestea au mai puține efecte secundare. Toate formele de 5-ASA oral sunt eficace. Nu există nicio dovadă clară a faptului că oricare formă de 5-ASA este mai bună decât celelalte pentru tratamentul de mentinere.

Doza minimă eficace pentru 5-ASA oral este de 1,2 g pe zi. Având în vedere că nu există nicio creștere a efectelor secundare cu dozele mai mari de 5-ASA, trebuie administrate doze mai mari în anumite cazuri. De asemenea, nu există nicio diferență dacă luați 5-ASA o dată pe zi sau de mai multe ori pe zi. Se preferă o dată pe zi deoarece astfel adeziunea este îmbunătățită. În timp ce formele orale de 5-ASA au eficacitate comparabilă cu sulfasalazina, 5-ASA sunt preferate deoarece provoacă mai puține efecte secundare. Per ansamblu, nu există dovezi clare că orice formă specifică de 5-ASA este mai bună decât celelalte.

Tratamentul de mentinere pe termen lung cu 5-ASA se recomandă deoarece poate reduce riscul de a face cancer intestinal.

Un studiu a arătat că tratamentul regulat cu 5-ASA reduce riscul de a face cancer intestinal cu 75%. Prin urmare, trebuie avut în vedere cu seriozitate ca tratament de mentinere.

Tiopurine

Dacă steroidii sunt necesari pentru a rămâne în remisiune, pacientul trebuie tratat cu tiopurine.

Azatioprina este mai eficace decât 5-ASA pentru reducerea simptomelor și a inflamației (după cum reiese în urma colonoscopiei) la pacienții care au nevoie de steroidi pentru a rămâne în remisiune. În plus, aproximativ jumătate din pacienții dependenți de steroidi în tratament cu azatioprină vor menține remisiunea fără steroidi timp de trei ani. Prin urmare, persoanele care au o izbucnire atunci când reduc doza de steroidi trebuie să înceapă să ia azatioprină.

Pacienții cu CU moderată activă care nu răspund la tiopurine trebuie tratați cu tratament anti-TNF sau tacrolimus. Tratamentele care nu funcționează trebuie oprite și intervenția chirurgicală trebuie, de asemenea, să fie o opțiune.

Pacienții cu CU dependentă de steroidi care nu răspund la tiopurine trebuie în mod ideal să fie reevaluați prin colonoscopie și biopsie pentru a confirma diagnosticul și a se asigura că nu survin alte complicații. Trebuie discutată cu pacientul o strategie de tratament cu scopul de a renunța la steroidi, iar tratamentul anti-TNF trebuie avut în vedere. Există dovezi clare că tratamentul anti-TNF este eficace pentru CU moderată până la gravă care nu răspunde la corticosteroizi sau imunomodulatoare. Tacrolimus poate fi, de asemenea, avut în vedere, dar dovezile în favoarea acestui tratament sunt mai puțin convingătoare.

În eventualitatea în care CU nu răspunde sau încetează să răspundă la oricare din aceste tratamente, trebuie avută în vedere intervenția chirurgicală. Colectomia, deși nu fără riscuri, are capacitatea de a îndepărta colonul bolnav și astfel „să vindece” CU. Tratamentul cu imunosupresoare sau tratamentul cu imunomodulatoare este inutil și nerezonabil dacă boala nu se îmbunătățește, din cauza faptului că poate apărea sau

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



crește riscul de a face complicații în timpul și după intervenția chirurgicală datorită amânării.

Toți pacienții trebuie să beneficieze de un tratament de menținere. Este posibil să se administreze tratamentul pe o bază „la nevoie” numai dacă aveți boală cu extindere limitată (de exemplu, proctită).

Este important să vă luați în continuare medicația, chiar dacă vă simțiți mai bine. Aceasta este pentru că cei care își iau în continuare medicația au o probabilitate mult mai mică de a avea izbucniri (puseuri) comparativ cu cei care nu o fac. De fapt, continuarea tratamentului pare să fie cel mai important factor pentru a stabili dacă o persoană va rămâne în remisiune sau nu. De exemplu, un studiu a arătat că persoanele care și-au ridicat mai puțin de 80% din rețetele cu 5-ASA pentru menținere au avut o probabilitate de cinci ori mai mare să prezinte recidivă decât cele care au ridicat mai mult de 80% din rețetele lor.

Tiopurinele pot fi utilizate în caz de activitate a bolii ușoară până la moderată cu recidivă precoce sau frecventă în timp ce se administrează 5-ASA în doză optimă, în caz de intoleranță la 5-ASA, în cazul în care sunt necesari steroizii pentru a rămâne în remisiune sau atunci când remisiunea este obținută cu ciclosporină (sau tacrolimus). Odată ce s-a răspuns la tratamentul anti-TNF, există două opțiuni pentru a rămâne în remisiune. Prima este a lua una dintre tiopurine. A doua opțiune este să se rămână pe tratament anti-TNF cu sau fără tiopurine. Dacă aveți colită severă care răspunde la steroizi i.v., ciclosporină sau infliximab, trebuie să se aibă în vedere tiopurinele ca tratament de menținere. Cu toate acestea, dacă răspundeți la infliximab este, de asemenea, potrivit să continuați cu infliximab. Dacă tiopurinele nu au funcționat pentru dumneavoastră în trecut, trebuie să încercați să rămâneți în remisiune utilizând tratamentul anti-TNF. La pacienții netratați anterior cu tiopurine, cu colită gravă care răspunde la steroizi, ciclosporină sau tacrolimus, tiopurinele sunt potrivite pentru a menține remisiunea.

Mai multe studii au demonstrat că tiopurinele sunt eficiente pentru menținerea pacienților cu CU în remisiune, deși dovezile pentru utilizarea lor în CU sunt mai slabe decât cele pentru BC. Un studiu recent a arătat că azatioprina a fost mai bună pentru menținerea remisiunii fără steroizi la șase luni decât formele de 5-ASA (53% au rămas în remisiune cu azatioprină față de 21% cu 5-ASA). În plus, tiopurinele pot fi utilizate după ce se obține remisiunea cu ciclosporină (sau tacrolimus); procedând astfel se pot reduce șansele de a necesita colectomie atât pe termen scurt (adică 1 an), cât și pe termen lung (adică 5 ani).

Există de asemenea opțiunea de a urma un tratament anti-TNF. Studiile au arătat că utilizarea infliximab ajută pacienții să obțină și să mențină remisiunea, precum și să renunțe la steroizi; probabil că de asemenea ajută la prevenirea colectomiei. S-a demonstrat de asemenea că adalimumabul ajută pacienții cu CU moderată până la gravă să mențină remisiunea, să reducă simptomele, să reducă inflamația la nivelul colonului și să renunțe la steroizi.

O altă opțiune este de a combina tiopurinele cu tratamentul anti-TNF. Aceasta poate scădea șansa ca anti-TNF să reacționeze negativ sau să își piardă eficacitatea atunci când sunt produși anticorpii anti-TNF. Un studiu a raportat că a fost mai eficientă combinarea infliximabului cu azatioprina pentru încetarea tratamentului cu steroizi, decât utilizarea oricăruia în monoterapie. Combinarea celor două probabil că ajută de asemenea la prevenirea colectomiei. În plus, este posibil ca administrarea azatioprinei să poată fi oprită după primele șase luni de tratament combinat deoarece anticorpii care împiedică infliximabul să funcționeze și care sunt inhibați de tiopurine au tendința de a apărea în primele câteva luni de tratament anti-TNF.

Intervenția chirurgicală pentru CU

Este mai probabil să apară complicații chirurgicale atunci când intervenția chirurgicală este amânată.

O procedură stadializată (mai întâi colectomia) trebuie practică în cazul acut în care nu există răspuns la tratamentul medical, sau în cazul în care pacientul a luat prednisolon 20 mg zilnic sau mai mult, timp de peste șase săptămâni.

Dacă este disponibil, pacientul ar putea avea beneficii din efectuarea intervenției chirurgicale de către un chirurg cu abilități laparoscopice.

În cazurile de CU acută gravă, este important ca chirurgii și gastroenterologii primari să lucreze împreună pentru a asigura gestionarea sa în siguranță. Cu toate că este important să se încerce tratamentul medical înainte de a trece la a avea în vedere intervenția chirurgicală, este la fel de important ca decizia să nu fie întârziată fără a fi nevoie. Amânarea intervenției chirurgicale atunci când este necesară va duce adesea la rezultate mai slabe în timpul și după intervenția chirurgicală. De aceea, atunci când tratamentul medical a eșuat, pacientul trebuie să treacă la practicarea intervenției chirurgicale.

Intervenția chirurgicală trebuie făcută în două sau trei etape (respectiv colectomia și ileostomia inițial) atunci când pacientul are CU acută gravă sau a primit mulți steroizi. Aceasta este deoarece va fi îndepărtat colonul bolnav, permițându-i astfel să redobândească starea de sănătate și să înceapă din nou să mănânce în mod corespunzător. După colectomie, pacientul poate apoi să aibă în vedere dacă dorește să se efectueze o IPAA sau să continue cu o ileostomie. Începerea cu colectomia permite de asemenea ca diagnosticul de boală Crohn să fie exclus; dacă boala Crohn este descoperită în specimenul de colon, aceasta va însemna că IPAA nu este potrivită. În final, poate exista un avantaj de pe urma efectuării colectomiei laparoscopic, deoarece poate conduce la o recuperare mai rapidă și mai puține complicații.

IPAA trebuie practicate numai în centre specializate de referință, cu experiență în efectuarea acestei proceduri. Acesta pare să stea la baza complicațiilor reduse și capabilității mai bune de a salva IPAA atunci când apar complicațiile.

IPAA este o intervenție chirurgicală foarte complexă. Prin urmare, chirurgii și spitalele care practică multe din ele au tendința de a produce rezultate mai bune și mai puține complicații decât aceia care practică mai puține. În plus, chirurgii și spitalele cu mai multă experiență gestionează complicațiile mai bine și au o probabilitate mai mare de a „salva” IPAA dacă apar complicații grave. Așadar, este mai bine ca IPAA să se practice în centre specializate care efectuează multe IPAA decât în cele care nu efectuează multe.

Pacientele de sex feminin cu potențial fertil trebuie să discute alte opțiuni chirurgicale atât cu gastroenterologul, cât și cu chirurgul colorectal, deoarece există un risc de a nu mai putea să aibă copii după IPAA. asemenea opțiuni includ colectomia subtotală și ileostomia terminală sau anastomoza ileorectală.

Una din două femei care suferă o intervenție chirurgicală IPAA devine incapabilă să aibă copii și IPAA triplează riscul de infertilitate comparativ cu gestionarea medicală a CU (rata de infertilitate 48% la cei care au suferit o intervenție chirurgicală IPAA față de 15% la pacienții cu CU gestionată medical). Aceasta este probabil din cauză că trompele uterine fac aderențe în urma intervenției chirurgicale. Prin urmare, trebuie căutate opțiuni alternative de către femeile care speră să conceapă, precum ileostomia permanentă sau anastomoza ileorectală. Avantajul anastomozei ileorectale este că nu pare să scadă fertilitatea. Dezavantajul este că inflamația colonului rămâne (și riscul asociat de cancer intestinal).

Anastomoza ileorectală trebuie avută în vedere în cazuri speciale. Dacă este practică, rectul reținut trebuie monitorizat de către gastroenterologul dumneavoastră.

Anastomoza ileorectală nu este în general o opțiune bună deoarece nu elimină CU și astfel este probabil ca simptomele de CU să rămână din cauza rectului reținut. Cu toate acestea, una din două persoane care au anastomoză ileorectală o vor avea în continuare după zece ani și calitatea vieții este acceptabilă în raport cu IPAA. Prin urmare, poate fi avută în vedere de anumiți pacienți cu CU, în special de femeile care speră să conceapă în viitor. Cu toate acestea, rectul va necesita monitorizare datorită riscului de cancer intestinal la nivelul rectului reținut.

Administrarea de prednisolon (sau un echivalent) 20 mg sau mai mult pe zi timp de peste șase săptămâni crește riscul de complicații chirurgicale. Prin urmare, dozele de corticosteroizi trebuie reduse treptat înainte de intervenția chirurgicală, dacă este posibil.

Multe studii au arătat că este mai probabil ca pacienții care iau prednison 20 mg sau mai mult pe zi timp de peste șase săptămâni să aibă complicații chirurgicale. Prin urmare, steroizii trebuie reduși treptat înainte de intervenția chirurgicală, dacă este posibil.

În plus, când steroizii sunt reduși treptat postoperatoriu este important să nu se provoace criza de sevraj la steroizi, care este caracterizată de hipotensiune arterială și niveluri scăzute de sodiu și glucoză în sânge.

Administrarea de tiopurine sau ciclosporină înainte de intervenția chirurgicală nu crește riscul de complicații după intervenția chirurgicală. Administrarea de influximab înainte de intervenția chirurgicală poate crește riscul de a avea complicații după intervenția chirurgicală.

Administrarea de tiopurine sau ciclosporină înainte de intervenția chirurgicală nu pare să crească riscul de complicații postoperatorii după colectomie. Unele studii au arătat că influximab pare să crească riscul de a avea complicații imediat după intervenția chirurgicală și este probabil ca aceste complicații să fie legate de un risc crescut de infecție de la imunosupresie. Pe de altă parte, mai multe alte studii nu au arătat că influximabul crește riscul de complicații postoperatorii și astfel acest fapt nu este sigur. Nu se știe dacă tacrolimus crește riscul de complicații postoperatorii, datorită lipsei de studii care să cerceteze acest aspect.

Complicațiile intervenției chirurgicale – pouchita

Diagnosticul de pouchită include simptome precum și anumite anomalii endoscopice și histologice. Pouchita este mai frecventă dacă mai mult din colon a fost bolnav înainte de intervenția chirurgicală sau dacă a existat boală în afara intestinelor (adică CSP), pacientul este nefumător, are serologie p-ANCA pozitivă sau a utilizat AINS.

Simptomele legate de pouchită includ frecvență crescută a scaunelor, scaune lichide, crampe abdominale, urgență, tenesme și disconfort pelvin. Pot apărea sângerarea rectală, febra sau manifestările extraintestinale. Simptomele singure nu stabilesc că este vorba de pouchită. De exemplu, inflamația marginii rectale restante (cuffitis) poate provoca simptome similare. În mod similar, boala Crohn a rezervorului și sindromul rezervorului iritabil (care este echivalentul sindromului de intestin iritabil) pot provoca simptome similare. Prin urmare pouchoscopia, care este o endoscopie a IPAA, trebuie utilizată pentru a confirma diagnosticul. Inflamația din pouchită arată diferit față de inflamația din CU deoarece este o boală diferită. Trebuie recoltate biopsii în timpul pouchoscopiei pentru a ne asigura că este vorba de pouchită și nu de altceva, precum boala Crohn sau *C. diff*.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Anumiți factori de risc sunt asociați cu a face pouchită. A avea o CU mai extensivă înainte de intervenția chirurgicală, ileita anterogradă (adică inflamația ileonului terminal), boala în afara intestinului (în special CSP), a fi nefumător și utilizarea regulată de AINS cresc probabilitatea de a face pouchită. Deși acești factori de risc nu ar trebui să oprească o persoană de a merge înainte cu IPAA, ei trebuie incluși în discuția cu pacientul.

Cele mai frecvente simptome de pouchită sunt numărul crescut de scaune lichide, urgență, crampe abdominale și disconfort pelvin (adică în jurul abdomenului inferior și al anusului). Febra și sângerarea sunt rare. Pouchoscopia nu este necesară atunci când nu există simptome.

Simptomele de pouchită includ frecvență crescută a scaunelor, scaune lichide, crampe abdominale, urgență, tenesme și disconfort pelvin. Pot apărea sângerarea rectală, febra sau manifestările extraintestinale. Sângerarea rectală este mai adesea legată de inflamația marginii rectale decât de pouchită. Incontinența fecală poate apărea în absența pouchitei după IPAA, dar este mai obișnuită la pacienții cu pouchită.

Metronidazolul sau ciprofloxacina funcționează pentru cei mai mulți pacienți cu pouchită, deși cea mai bună metodă de tratament nu este clară. Ciprofloxacina provoacă mai puține efecte secundare. Medicamentele antidiareice (de exemplu, loperamida) pot reduce numărul de scaune lichide (în prezența sau absența pouchitei).

Antibioticele sunt cea mai eficientă cale de a trata pouchita. Metronidazolul și ciprofloxacina sunt antibioticele utilizate cel mai frecvent. Se pare că ciprofloxacina este cea mai eficientă la reducerea simptomelor, îmbunătățind constatările la pouchoscopie și provocând mai puține efecte secundare. Medicamentele antidiareice (de exemplu, loperamida) trebuie de asemenea avute în vedere la pacienții cu IPAA, deoarece acestea pot reduce în mod semnificativ numărul de scaune lichide, indiferent dacă persoana are pouchită.

Atunci când remisiunea pouchitei este indusă de antibiotice, VSL#3 poate fi de ajutor pentru menținerea remisiunii. VSL#3 poate de asemenea să prevină declanșarea pouchitei, atunci când este inițiat de îndată ce intervenția chirurgicală IPAA a fost finalizată.

Odată ce a fost obținută remisiunea în pouchita cronică, tratamentul cu amestec concentrat probiotic VSL#3 ajută la menținerea remisiunii. S-a demonstrat că utilizarea preventivă a VSL#3 poate preveni prima declanșare a pouchitei acute în primul an după intervenția chirurgicală, doar 10% din pacienții care au luat VSL#3 făcând pouchită, comparativ cu 40% care au luat placebo. În mare măsură, nu se cunoaște de ce VSL#3 funcționează, dar se consideră că poate funcționa prin creșterea diversității bacteriene și scăderea diversității fungice la nivelul IPAA.

Complicații – cancerul colorectal

Pacienții cu CU pe termen lung și extensivă sunt mai predispuși la a face cancer intestinal.

Riscul unui pacient cu CU de a face cancer intestinal este de 2% la 10 ani, 8% la 20 de ani și 18% la 30 de ani. În plus, cei cu pancolită au riscul cel mai mare, cei cu colită stângă au un risc mediu, iar cei cu proctită nu au risc crescut. Prin urmare, cu cât o persoană are CU de mai mult timp și cu cât mai mult intestinul său este/ajunge bolnav, cu atât este mai mare probabilitatea de a face cancer intestinal.

Unii pacienți cu CU sunt mai predispuși la a face cancer intestinal decât alții:
Pacienții cu:



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- CSP
- polipi post-inflamatori
- membri ai familiei care au sau au avut cancer intestinal
- inflamație mai gravă sau persistentă.

Cei mai constanți factori de risc pentru cancerul intestinal sunt colangita sclerozantă primară (CSP) și activitatea bolii, histologică sau clinică. Pacienții cu CSP au un risc de cancer intestinal pe toată durata vieții de până la 31%. S-a constatat de asemenea că polipii post-inflamatori sunt factori de risc considerabili, deși este posibil ca acest risc crescut să fie provocat de leziuni displazice care sunt greșit interpretate ca polipi post-inflamatori. Un istoric familial de cancer intestinal este asociat cu un risc crescut, deși nu în mod sistematic pe parcursul studiilor.

Medicul trebuie să aprecieze riscul de cancer intestinal la colonoscopia de evaluare sau la prima colonoscopie de supraveghere la șase până la opt ani după primele semne de CU. Nivelul de risc depinde în principal de cât de mult din colon este afectat și cât de severă este inflamația.

Nivelul de risc pentru cancerul intestinal al pacientului poate fi stabilit la colonoscopia de evaluare sau la prima colonoscopie de supraveghere la opt ani după declanșarea bolii. Factorii de risc sunt (a) pancolita, (b) inflamația endoscopică și/sau histologică, (c) pseudopolipoza și (d) istoricul familial de CRC; dacă o persoană are trei sau mai mulți din acești factori de risc, atunci prezintă un risc ridicat, în timp ce dacă are doi sau mai puțin, atunci prezintă risc scăzut.

Dacă o persoană are risc ridicat și are CU extensivă sau stângă, trebuie să facă o colonoscopie la fiecare 1-2 ani din cel de-al optulea an după diagnostic, dar dacă are risc scăzut trebuie să facă o colonoscopie la fiecare 3-4 ani. Dacă nu există semne microscopice de cancer sau inflamație endoscopică și/sau histologică la două colonoscopii de supraveghere consecutive, intervalul de supraveghere poate fi crescut (de exemplu, de la fiecare 1-2 ani la fiecare 3-4 ani).

Formele de 5-ASA pot reduce riscul de a face cancer intestinal. În prezența CSP, acidul ursodeoxicolic trebuie administrat pentru a reduce riscul de cancer intestinal. Nu se știe dacă tiopurinele pot sau trebuie utilizate pentru reducerea riscului de cancer intestinal.

Agenții chimiopreventivi sunt utilizați pentru a inhiba, întârzia sau inversa formarea și progresia cancerului. Formele de 5-ASA sunt un exemplu de agenți chimiopreventivi în CU. Multiple studii au arătat că formele de 5-ASA reduc riscul de cancer intestinal la pacienții cu CU; riscul poate fi chiar înjumătățit prin administrarea de 5-ASA. Pe de altă parte, suplimentele cu acid folic, calciu, multivitamine sau statine nu reduc riscul de cancer intestinal în CU, în timp ce nu se știe dacă tiopurinele sunt eficiente în această privință.

Uneori pacienții cu CU au de asemenea și CSP, iar acești pacienți au un risc mult mai mare de a dezvolta cancer intestinal; riscul pe toată durata vieții pentru acești pacienți se poate ridica la 31%. Din fericire, s-a demonstrat că acidul ursodeoxicolic reduce incidența cancerului intestinal la cei cu CU și CSP și astfel trebuie utilizat de rutină la acești pacienți.

Alte complicații

Factorii psihologici pot afecta cursul CU. Pacienții care suferă de stres sau depresie pot avea un risc mai mare de recidivă a bolii. Cei care sunt adesea deprimați au o calitate a vieții legată de sănătate scăzută, iar cei care suferă de anxietate este mai puțin probabil să își urmeze tratamentul.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Multiple studii cu pacienți care suferă de CU au demonstrat că stresul psihologic și activitatea bolii coincid. Studiile au arătat că stresul, anxietatea și depresia percepute ca ridicate pot precipita izbucnirile, deși un studiu a arătat că nu este mai probabil ca cei cu depresie să prezinte recidivă. Prin urmare, dovezile în această privință sunt oarecum mixte. Cu toate acestea, s-a demonstrat că depresia și nevroza (o trăsătură a personalității caracterizată de instabilitate emoțională, anxietate, teamă și griji) sunt asociate cu o calitate a vieții mai scăzută. Anxietatea și modificările de proastă dispoziție par să fie asociate cu nerespectarea tratamentului medical pentru CU.

Efectele psihosociale ale bolii și calitatea vieții legată de starea de sănătate trebuie discutate de medic și pacient. Trebuie oferite informații și explicații ajustate (adică individualizate) despre CU. Combinarea auto-gestionării și întâlnirilor centrate pe pacient pot îmbunătăți controlul CU.

Percepțiile despre sănătate au impact asupra experienței pacientului cu boala. Pacienții psihologic nefericiți pot avea dificultăți la procesarea informațiilor importante despre boala lor. Creșterea conștientizării despre aceasta poate duce la o comunicare îmbunătățită între pacient și medic sau asistentă/profesiuniști. Este important ca pacienții să fie informați individual despre afecțiunea lor și să li se ofere sprijin emoțional. Aceasta este deoarece pacienții care au un nivel mai redus de înțelegere a bolii tind să aibă griji și preocupări mai mari.

Utilizarea îngrijirilor medicale este puternic legată de factorii psihosociale. Neaderența la recomandările medicale a fost raportată la peste 40% din pacienți și reprezintă o situație în care relația dintre pacient și medic sau asistentă este esențială. Ghidurile de auto-gestionare împreună cu consultațiile centrate pe pacient îmbunătățesc controlul bolii pacientului. Broșurile educative de unele singure nu par să fie de ajutor și pot agrava rezultatele pentru pacienți. În plus, programele pentru educația pacienților par să aibă o influență mică sau inexistentă asupra cursului bolii lor sau asupra stării lor de bine din punct de vedere psihologic.

Complicații extraintestinale – oase și articulații

În CU, artrita (adică durerea articulară cu umflare) poate uneori să apară la nivelul articulațiilor brațelor și picioarelor (numită „artrită periferică”) sau la nivelul părții inferioare a spatelui (numită „artrită axială”). Atunci când artrita apare la nivelul articulațiilor mari ale brațelor și picioarelor, tratamentul CU de obicei ameliorează simptomele. Dacă simptomele persistă atunci când simptomele de CU dispar, pot fi utilizate AINS pe termen scurt. Injecțiile locale cu steroizi și fizioterapia sunt de asemenea utile pentru tratamentul artritei periferice. Dacă artrita periferică persistă, poate fi luată sulfasalazină. Există dovezi mai clare că fizioterapia intensivă cu AINS poate fi utilizată pentru a trata artrita părții inferioare a spatelui. Cu toate acestea, este mai bine ca AINS să fie evitate din cauza lipsei de siguranță. Sulfasalazina, metotrexatul și azatioprina nu funcționează de obicei în cazul artritei axiale sau funcționează foarte slab. Medicamentele anti-TNF sunt un tratament bun pentru spondilita anchilozantă și atunci când pacienții nu pot tolera sau nu răspund la AINS.

Recomandările de tratament pentru artropatia (adică boală articulară) asociată Colitei Ulcerative, se bazează pe studiile asupra spondilartropatiei (adică boală articulară), predominant spondilita anchilozantă (adică artrită la nivelul coloanei vertebrale). Nu au fost realizate studii bine concepute în domeniul BII și astfel recomandările își trag concluziile de la alte zone de boală.

Pentru artrita periferică, tratamentul CU de fond utilizând corticosteroizi, imunomodulatoare și anti-TNF trebuie să rezolve artrita periferică. Dacă tratamentul CU de fond nu ameliorează durerea articulară, atunci pacientul trebuie să aibă în vedere să ia

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



AINS pe termen scurt; deși AINS pot în mod potențial să agraveze CU de fond, riscul acesta pare să fie scăzut. Fizioterapia poate oferi o ameliorare a simptomelor. Utilizarea inhibitorilor de COX-2 (de exemplu, etoricoxib și celecoxib) pare mai sigură, cu un risc mai redus de izbucnire a bolii decât AINS convenționale. Sulfasalazina poate fi benefică pentru artropatia articulațiilor mari. Infliximabul poate de asemenea să aibă un efect benefic asupra artritei periferice.

Cu privire la artropatia axială din CU, majoritatea tratamentelor se bazează pe dovezi din studiile asupra spondilitei anchilozante. Fizioterapia intensivă și AINS pot fi utilizate, deși AINS trebuie evitate pe termen lung. Pot fi avute în vedere injecțiile locale cu corticosteroizi. Sulfasalazina, metotrexatul și azatioprina nu sunt eficiente pentru spondilita anchilozantă cu simptome axiale. La pacienții cu spondilită anchilozantă activă care nu răspund la sau nu tolerează AINS, se recomandă agenți anti-TNF. S-a dovedit că atât adalimumab, cât și infliximab sunt suficient de sigure și eficiente pentru tratarea spondilitei anchilozante.

Osteopenia poate ajuta la a prevedea osteoporoza viitoare, dar prezintă un risc direct mic. Cu toate acestea, dacă este întrunit un anumit criteriu (adică scorul T este mai mic de -1,5), trebuie administrate calciu și vitamina D. Osteoporoza trebuie tratată în caz de fractură anterioară (chiar dacă scorurile T sunt normale).

Tratamentul cu calciu 500–1000 mg/zi și vitamina D (800–1000 UI/zi) crește densitatea osoasă la pacienții cu BII, deși nu s-a studiat dacă previne fracturile la pacienții cu BII. Prin urmare, o recomandare generală de tratament cu bifosfonați pe baza densității osoase reduse nu este posibilă. Acestea fiind spuse, femeile în postmenopauză sau cele cu osteoporoză indusă de steroizi vor beneficia de pe urma utilizării bifosfonaților. În general, la pacienți individuali cu densitate osoasă redusă și factori de risc suplimentari trebuie avut în vedere tratamentul.

Cel mai puternic indicator de predicție a fracturii viitoare este fractura vertebrală anterioară, inclusiv la cei cu densitate osoasă normală. Prin urmare, toți pacienții cu fracturi anterioare trebuie tratați în mod corespunzător.

Pielea

Tratamentul anti-TNF poate provoca inflamația pielii. Aceasta dispare de obicei odată ce se oprește administrarea medicamentului. Atunci când este neclar care este sursa care provoacă inflamația pielii, pacientul trebuie trimis la un dermatolog. În legătură cu aceasta, tratamentul care trebuie folosit se bazează majoritar pe ceea ce s-a întâmplat în cazul altor boli cronice. Aceste tratamente pot include steroizi topici, agenți keratolitici topici, vitamina D, metotrexat sau trecerea la ori oprirea tratamentului anti-TNF.

Tratamentul anti-TNF al pacienților cu CU poate uneori să provoace afecțiuni ale pielii numite psoriazis și eczemă; aproximativ 22% din pacienții tratați cu anti-TNF vor suferi de aceste afecțiuni. Leziunile pielii nu coincid cu simptomele de BII, dar au fost mai frecvente la pacienții de sex feminin. Tratamentul topic cu corticosteroizi, keratolitice (de exemplu, acid salicilic, uree), emoliente, analogi de vitamina D și tratamentul cu ultraviolete (UV) (UVA sau UVB cu bandă îngustă) au dus la remisiune parțială sau totală la aproape o jumătate din pacienți. În general, 34% din persoanele cu probleme cutanate au trebuit în final să înceteze să mai ia medicamente anti-TNF, deoarece nu au putut ține sub control problemele cutanate. Din fericire, problemele cutanate vor dispărea de obicei odată ce tratamentul anti-TNF este oprit.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Ochii

Un pacient cu probleme oculare trebuie trimis la un oftalmolog. Este posibil ca episclerita (adică inflamația la nivelul ochiului) să nu aibă nevoie de tratament sistemic și va răspunde de obicei la steroizi sau AINS topice. Uveita se tratează cu steroizi, fie topici, fie sistemici. Imunomodulatoarele, inclusiv anti-TNF, pot fi de ajutor în cazurile mai persistente.

Uveita și episclerita sunt cele mai frecvente simptome legate de ochi provocate de BII. Episclerita poate fi nedureroasă, manifestându-se doar prin ochi roșii, dar mâncărimea și o senzație de arsură pot de asemenea să apară. Inflamația se poate vindeca de la sine fără tratament, dar de obicei va răspunde la steroizi topici, AINS sau analgezice simple alături de tratamentul CU de fond.

Uveita (adică inflamația uveei) este mai puțin obișnuită, dar are, în mod potențial, consecințe mai grave. Atunci când este asociată CU, apare frecvent la ambii ochi, are o declanșare insidioasă și este de lungă durată. Pacienții se plâng de durere oculară, vedere încețoșată, sensibilitate la lumină și dureri de cap. Deoarece este gravă și poate provoca pierderea vederii, persoana care suferă de uveită trebuie să meargă imediat la un oftalmolog (adică un medic specialist în ochi). Tratamentul va consta de obicei atât în steroizi topici, cât și sistemici. S-a raportat că azatioprina, metotrexatul, infliximabul și adalimumabul sunt toate valoroase în cazurile rezistente.

Ficatul și vezica biliară

Uneori survin, odată cu CU, tulburări ale ficatului, vezicii biliare, căilor biliare sau bilei; acestea se numesc tulburări hepatobiliare. În cazul unor rezultate anormale ale analizelor funcției hepatice, medicul trebuie să verifice dacă acestea sunt prezente. Scanarea ecografică și serologia sunt utilizate pentru a căuta cauze autoimune și infecțioase. O tulburare hepatobiliară posibilă este CSP și cea mai bună cale de a o diagnostica este MRCP. Este mai probabil ca persoanele cu CSP să dezvolte cancer.

Anomaliile analizelor hepatice sunt obișnuite în BII. CSP este afecțiunea care provoacă cel mai frecvent anomalii hepatice la pacienții cu BII, deși câteva alte afecțiuni (de exemplu, ciroza, pietrele veziculare și hepatita cronică) apar de asemenea concomitent cu BII. Unele medicamente (de exemplu, azatioprina) utilizate pentru BII pot de asemenea să provoace anomalii ale analizelor hepatice. De obicei anomaliile hepatice vor apărea la analizele de rutină înainte să apară simptomele.

Dacă scanarea ecografică este normală, s-a considerat că nu sunt probabile efectele secundare ale medicamentelor, analizele serologice pentru alte boli hepatice primare sunt negative, atunci este probabil ca CSP să provoace rezultatele anormale ale analizelor hepatice. Testul obișnuit de diagnostic pentru CSP este MRCP; în eventualitatea în care CSP este prezentă, aceasta va arăta căi biliare neregulate, atât cu zone de îngustare, cât și de dilatare. Dacă nici MRCP nu dezvăluie nimic, atunci trebuie făcută o biopsie hepatică. Este important să ne asigurăm dacă CSP este prezentă, deoarece crește riscul ca un pacient cu CU să dezvolte cancer intestinal. Prin urmare, cei cu CSP au nevoie de o monitorizare mai atentă.

Sângele și coagularea

Riscul de cheaguri de sânge și decese legate de cheagurile de sânge este dublat la pacienții cu CU comparativ cu persoanele fără CU. În prezența riscului de cheaguri de sânge în vasele sangvine, prevenția poate fi efectuată mecanic (de exemplu, ciorapi compresivi) sau folosind medicamente (de exemplu, heparina). Tratamentul cheagurilor

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



de sânge în CU trebuie să urmeze opțiunile de tratament stabilite pentru subțierea sângelui, ținând cont de riscul potențial crescut de sângerare.

Din motive în mare parte necunoscute, pacienții cu CU au un risc crescut de cheaguri de sânge la nivelul venelor, numit tromboembolism venos. Este important ca acestea să fie tratate, deoarece pot duce la complicații sau chiar la deces. Asemenea cheaguri de sânge trebuie diagnosticate utilizând tehnici imagistice potrivite, precum ecografia și venografia. În ceea ce privește tratamentul, trebuie utilizate medicamente care subțiază sângele (numite anticoagulante) pentru a trata cheagurile de sânge. Dacă o persoană are un al doilea episod de cheaguri de sânge, trebuie să aibă în vedere să facă tratament pe termen lung. Este neclar dacă pacienții cu BII au mai multe complicații hemoragice de pe urma medicamentelor care subțiază sângele decât persoanele fără BII. Pacienții cu CU trebuie să fie prudenți la călătoriile pe distanțe mari, precum și la contraceptivele orale, deoarece acestea cresc și mai mult riscul de cheaguri de sânge.

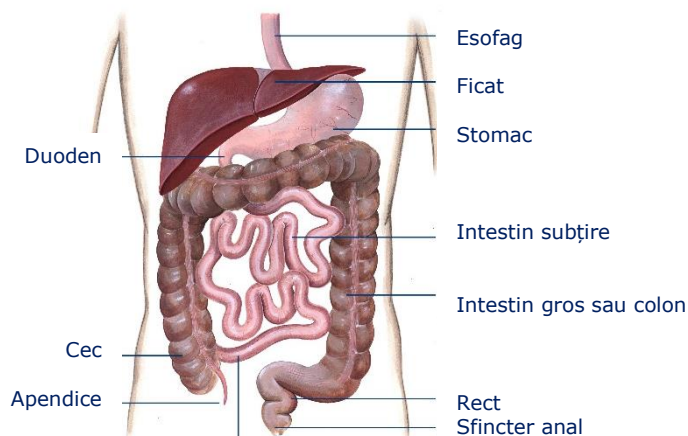
Suplimentele de fier sunt necesare în cazul anemiei prin carență de fier. Trebuie de asemenea avute în vedere dacă există carență de fier fără anemie. Fierul i.v. funcționează mai bine și este mai bine tolerat decât comprimatele orale cu fier. În prezența anemiei grave, a intoleranței la fierul administrat oral sau a unui răspuns nesatisfăcător la fierul administrat oral, trebuie administrat fier i.v. Atunci când sunt necesare rezultate rapide, fierul i.v. trebuie utilizat împreună cu un agent eritropoietic.

Dacă este prezentă anemia și se dovedește carența de fier, trebuie începută suplimentarea cu fier. În cazurile de carență de fier fără anemie, trebuie întreprinsă o abordare individualizată. Principalul scop al tratamentului pentru anemia prin carență de fier este să se furnizeze suficient fier pentru a crește hemoglobina. În mod ideal, nivelurile de hemoglobină trebuie crescute cu mai mult de 2 g/dl sau până la valorile normale în interval de 4 săptămâni, depozitele de fier refăcute (saturația transferinei mai mare de 30%), simptomele legate de anemie ameliorate și calitatea vieții îmbunătățită. Nivelurile de saturație a transferinei de mai mult de 50% și nivelurile de feritină mai mari de 800 g/l sunt considerate toxice și trebuie evitate.

Suplimentarea cu fier poate fi administrată pe cale orală, intramuscular sau intravenos; metoda de utilizat se stabilește în funcție de simptome, cauze, gravitate și dacă există la pacient și alte afecțiuni pe lângă CU. Tratamentul oral, în ciuda faptului de a fi în mod tradițional preferat de gastroenterologi, duce frecvent la simptome gastrointestinale precum greață, flatulență și diaree. În plus, 90% din fier nu este absorbit și astfel poate duce la exacerbară BII. Prin urmare, perfuziile cu fier i.v. câștigă popularitate, deși încă nu sunt curentul principal, în ciuda faptului că sunt la fel de eficiente, oferind rezultate mai rapide și sunt mai sigure decât fierul administrat oral. În general, pacienții care trebuie să ia fier i.v. sunt cei care nu pot tolera sau răspunde la fierul administrat oral, cu anemie gravă, cu inflamație ridicată și care urmează tratamente ce stimulează producția de globule roșii.

Glosar

Ilustrație anatomică a tractului gastrointestinal



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Termen	La ce se referă termenul	Definiție
5-ASA sau acid 5-aminosalicilic sau mesalazină	Medicație	Acesta este un medicament topic utilizat pentru a trata BII, de preferință CU, și în anumite condiții și BC. Se poate numi de asemenea și mesalazină și poate fi luată pe cale orală sau intrarectal sub formă de clismă, spumă sau supozitor.
6-TGN	Medicație	Metabolitul activ al azatioprinei sau mercaptopurinei.
Abces	Complicație a BC	Un abces este o colecție închisă de țesut lichefiat, cunoscut ca puroi, undeva în corp. Este rezultatul reacției de apărare a organismului la materiale străine.
Acid ursodeoxicolic	Tratament	Acesta este un medicament oral care poate fi administrat pacienților cu CSP (colangită sclerozantă primară, o boală cronică de ficat, caracterizată prin inflamație și fibroză a căilor biliare în interiorul și în exteriorul ficatului) pentru a proteja ficatul și a preveni cancerul intestinal.
Adalimumab	Medicație	Un medicament anti-TNF utilizat în mod obișnuit pentru tratamentul BII, aparținând grupului de medicamente biologice (produse prin biotehnologie). Se injectează sub piele (subcutanat) de către pacient sau de către o asistentă medicală.
Aderențe	Complicații ale	Părți ale intestinului s-au lipit împreună prin reacții inflamatorii. Pot cauza obstrucție și durere.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	intervenției chirurgicale	
Agent eritropoietic	Medicație	Acesta este un medicament care stimulează producția de globule roșii.
Agent keratolitic	Medicație	Acesta este un medicament utilizat pentru a îndepărta negi și alte leziuni.
AINS sau medicamente antiinflamatoare nesteroidiene	Medicație	Aceste medicamente pot asigura o ușurare a durerii și de asemenea reduc febra și inflamația non-intestinală. Cele mai obișnuite sunt ibuprofenul și aspirina, fiind recomandat ca acestea să fie evitate de pacienții cu BII, deoarece ele pot crește riscul unui puseu al bolii.
Aminosalicilat	Medicație	Acesta este un medicament utilizat pentru a trata BII, se mai numește și 5-ASA.
Anastomoză ileorectală	Intervenție chirurgicală	Aceasta este o intervenție chirurgicală în care rectul este păstrat și ileonul este atașat la rect. Aceasta este în contrast cu IPAA, în care rectul nu este păstrat.
Anemie	Boală	O afecțiune în care o persoană nu are suficiente globule roșii sănătoase sau suficientă hemoglobină. O persoană care suferă de anemie se poate simți obosită și slăbită.
Anemie din boala cronică	Boală asociată BII sau afecțiunilor inflamatorii	Aceasta este anemia ce rezultă dintr-o boală cronică precum BII sau alte procese inflamatorii.
Anemie prin carență de fier	Boală	Aceasta este o afecțiune în care globulele roșii lipsesc din sânge din cauza unei carențe de fier.
Antibiotice	Medicație	Medicamente utilizate pentru a trata infecțiile provocate de bacterii. Sunt ineficiente împotriva virusurilor.
Antidiareic	Medicație	Un medicament care oferă o calmare a simptomelor de diaree. Cel mai obișnuit este loperamida.
Apendicectomie	Intervenție chirurgicală	Îndepărtarea apendicelui de către un chirurg. Se practică de obicei pentru apendicită.
Apendicită	Boală	Inflamația apendicelui, care este o extensie a colonului. Printre altele, apendicita poate provoca durere, pierderea poftei de mâncare și febră sau perforație.
Artrită	Boală asociată BII	Inflamația articulației (articulațiilor) care provoacă durere și umflare a articulației.
Artrită axială	Boală asociată BII	Boală a articulației (articulațiilor), poate afecta coloana vertebrală și șoldurile.
Artrită periferică	Boală	Inflamația articulației care afectează de obicei articulațiile mari ale membrilor.
Artropatie		Orice boală sau stare anormală care afectează o articulație.
Autoimun	Descriptor al bolii	O boală autoimună este o boală în care sistemul imunitar atacă celulele sănătoase din organism.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Azatioprină	Medicație	Vezi tiopurine
Bariu (contrast)	Test diagnostic	O substanță utilizată în anumite studii radiologice pentru a intensifica vizualizarea structurilor anatomice.
BC sau boala Crohn	Descriptor al bolii	Aceasta este o boală inflamatorie intestinală. Boala Crohn poate afecta orice parte a tractului gastrointestinal, inclusiv, frecvent, intestinul subțire, în timp ce CU nu o face.
Bifosfonați	Medicație	Compuși care încetinesc pierderea osoasă și cresc densitatea osoasă.
BII	Boală	Prescurtarea pentru boală inflamatorie intestinală; acesta este un termen comun pentru boala Crohn și colita ulcerativă.
BIIN sau BII neclasificată	Descriptor al bolii	Dacă nu se poate decide dacă o persoană are BC sau CU după ce au fost efectuate toate testele, trebuie utilizat termenul BIIN.
Biopsie, biopsii	Test diagnostic	O biopsie este o probă de țesut recoltată din organism pentru a o examina mai îndeaproape. Biopsiile sunt recoltate din peretele intestinal în timpul colonoscopiei.
Boală localizată	Descriptor al bolii	Boală limitată la un sistem de organe sau la o zonă localizată a intestinului.
Boli cronice	Descriptor al bolii	Acestea sunt boli pe care o persoană le are pe o perioadă lungă (de obicei toată viața). BII sunt boli cronice.
Budesonidă	Medicație	Un medicament care aparține grupului corticosteroizilor. Budesonida are putere antiinflamatoare și este utilizată pentru a trata izbucnirile acute la pacienții cu BC ileocecală și CU cu implicarea părții terminale a colonului, sub formă de clismă. Corticosteroizii sunt de asemenea hormoni produși în mod natural de către glandele suprarenale ale organismului nostru.
Calprotectină fecală	Test	Proteină care este eliberată în intestin atunci când este inflamat. Nivelurile de calprotectină fecală cresc numai în cazul inflamației intestinale, astfel calprotectina fecală este mai bună decât CRP sau VSH pentru a măsura inflamația. Nu este specifică pentru BII. Pacientul trebuie să furnizeze o probă de scaun pentru ca aceasta să fie măsurată.
Cancer intestinal	Boală asociată BC/CU sau tratamentul ui	Acesta se mai poate numi și cancer colorectal. Cancerul intestinal este cel pe care pacienții cu BII au risc mai mare să îl facă. Printre altele, poate provoca simptome precum sânge în scaun, modificări ale obiceiurilor intestinale, umflături în abdomen și pierdere în greutate.
Carență de fier	Boală	Aceasta se manifestă când nu există suficient fier în sânge.
Carență de fier fără anemie	Boală	Aceasta este o afecțiune în care există depleție de fier, dar nu într-o asemenea măsură încât să aibă loc anemia.
Centrat pe	Altele	Îngrijirea centrată pe pacient implică a se asigura

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



pacient		că nevoile individuale ale pacientului sunt respectate și adresate, și că valorile pacientului ghidează toate deciziile clinice.
Chirurg colorectal	Altele	Acesta este un chirurg care se specializează în chirurgia rectului, anusului și colonului.
Ciclosporină	Medicație asociată CU	Inhibitor de calcineurină care este un medicament utilizat pentru a încetini sistemul imunitar și prin urmare poate fi utilizat pentru a trata CU.
Ciprofloxacină	Medicație	Un antibiotic folosit de asemenea pentru a trata BII și pouchita.
Clismă	Medicație	Acesta este un fluid injectat în partea inferioară a intestinului pe calea rectului. Aceasta poate fi făcută pentru a-l ajuta pe medic să efectueze teste sau ca o cale de administrare a medicamentelor.
Clismă baritată cu dublu contrast	Test	Aceasta este o procedură în care sunt făcute radiografiile ale colonului și rectului după ce este introdus în rect un lichid care conține bariu. Bariul trasează conturul colonului și rectului pe o radiografie și astfel ajută la evidențierea anomaliilor.
Clostridium difficile	Boală	O bacterie care poate provoca simptome asemănătoare BII.
CN sau colită nedeterminată	Descriptor al bolii	În cazurile în care nu este posibil să se stabilească dacă o persoană are BC sau CU, poate fi numită CN. Cu toate acestea, CN trebuie să fie folosit numai pentru piesele de rezecție.
Colectomie	Intervenție chirurgicală	Îndepărtarea colonului de către un chirurg. Precede chirurgia IPAA la pacienții cu CU.
Colectomie subtotală	Intervenție chirurgicală	Spre deosebire de o colectomie, aceasta este o colectomie care implică îndepărtarea unei părți a colonului, nu a întregului colon.
Colită extensivă	Descriptor al bolii	Aceasta este o CU care afectează întregul colon.
Colită stângă	Descriptor al bolii	Aceasta este CU care are loc până la, dar nu dincolo de partea stângă a colonului, și care poate fi tratată eficient cu tratament topic.
Colon (vezi imaginea)	Parte a corpului	Acesta poate fi de asemenea numit intestinul gros.
Colonografie	Test	Aceasta se poate efectua utilizând un aparat de TC sau IRM. Este o metodă pentru a obține o imagine a interiorului colonului fără necesitatea de a utiliza un endoscop.
Colonoscopie	Test	Acesta este un test în care un endoscop cu o cameră video este introdus în rect și în întregul colon pentru a investiga activitatea bolii și a recolta biopsii.
Corticosteroizi (sau steroizi)	Medicație	Un grup de medicamente care imită efectele hormonilor produși în mod natural de glandele suprarenale și acționează ca imunosupresoare. Hidrocortizonul și prednisolonul sunt doi steroizi utilizați în mod obișnuit în tratamentul BII.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Creatinină	Test	O analiză de sânge a creatininei ajută la a se stabili cât de bine funcționează rinichii.
CRP (proteina C reactivă)	Test	Analiză de sânge realizată pentru a măsura inflamația din corp. Este utilă pentru a detecta inflamația din corp, cu toate acestea un nivel crescut al CRP nu înseamnă neapărat că inflamația este la nivelul intestinului. Prin urmare, trebuie efectuate și alte teste pentru a vedea dacă originea inflamației este la nivelul intestinului pacientului cu BII.
CU sau colita ulcerativă	Descriptor al bolii	CU este una dintre bolile inflamatorii intestinale.
Displazie cervicală	Boală	Dezvoltarea de țesut anormal la nivelul colului uterin.
Ecografie	Test	O metodă imagistică ce utilizează unde sonore pentru a evalua organele din corp.
Efecte secundare	Medicație	Efecte nedorite (dăunătoare) ale unui medicament sau ale unei intervenții.
Electroliti	Test	Testați prin intermediul sângelui, aceștia sunt mineralele (de exemplu sodiu, potasiu și clor) din sângele dumneavoastră și din alte fluide ale corpului, care poartă o sarcină electrică. BII poate provoca niveluri anormale ale electrolitelor.
Endoscopic	Test	Acesta este adjectivul pentru endoscopie.
Endoscopie	Test	O procedură în care o cameră video aflată la capătul unui tub lung este introdusă în corp pentru a se uita direct la organele care sunt examinate. Cea mai frecventă endoscopie pentru pacienții cu BII este (ileo)colonoscopia.
Endoscopie cu capsulă a intestinului subțire (SBCE)	Test	Un test în care pacientul înghite o capsulă care conține o cameră video de mici dimensiuni. Camera video înregistrează imagini ale tractului gastrointestinal.
Enterografie RM (prin rezonanță magnetică)	Test	Un test care utilizează undele magnetice pentru a capta imagini diagnostice ale intestinului subțire cu ajutorul unei substanțe de contrast orale. Nu este utilizată radiația.
Enteroscopie asistată de aparat	Test	Examinarea intestinului subțire cu un endoscop special.
Eritem nodos	Boală asociată BII	Afecțiune inflamatorie a pielii.
Extindere (extindere a bolii)	Descriptor al bolii	Extinderea bolii se referă la cât de mult din intestin este afectat de o BII.
Extinderea bolii	Descriptor al bolii	Aceasta se referă la cât de mult din colon este afectat de CU sau BC. Acest termen nu trebuie confundat cu gravitatea, care se referă la cât de profundă și extinsă este inflamația. Extinderea bolii este utilă pentru a grupa CU în proctită, colită stângă și colită extensivă, similar pentru BC cu implicare a intestinului subțire, intestinului gros și tractului GI superior.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Fertil	Altele	O persoană fertilă este o persoană care poate, din punct de vedere fizic, să aibă copii.
Fistulă, fistule	Complicație a BC	Un ulcer care se extinde prin peretele intestinal, creând o cale anormală între intestin și piele sau între intestin și alt organ. O fistulă unică constă dintr-un singur traiect; fistulele complexe au traiecte multiple. BC fistulizantă este o formă a BC.
Fistulografie	Test	O examinare radiografică a unei fistule.
Fistulotomie	Intervenție chirurgicală	Deschidere chirurgicală a unei fistule.
Fractură	Altele	Aceasta este o ruptură în os provocată fie de un eveniment unic fie de tensiune continuă asupra osului.
Gastroenterolog	Altele	Acesta este un medic care se specializează în tratarea bolilor gastrointestinale ca BII.
Heparină cu greutate moleculară mică	Medicație	Acesta este un medicament utilizat în mod obișnuit pentru a preveni cheagurile de sânge.
Histologic	Test	Examinarea histologică are loc atunci când țesutul celular din biopsii este examinat la microscop.
I.v. sau intravenos	Medicație	Aceasta este medicația administrată prin venă în sistemul circulator.
Ileocolonoscopie	Test	Endoscopie pentru a vedea colonul și ileonul.
Ileoscopie	Test	Aceasta este utilizarea endoscopiei pentru a se uita la ileon, care este partea cea mai joasă a intestinului subțire.
Ileostomie terminală	Intervenție chirurgicală	Aceasta are loc când partea terminală a intestinului subțire este divizată și adusă afară prin abdomen și suturată la piele pentru a forma o stomă. O persoană cu o ileostomie terminală poartă o pungă pe burta sa pentru a colecta scaunul.
Imagistică	Test	Producerea unei fotografii sau imagini a unei părți a corpului utilizând oricare dintr-o varietate de tehnici precum radiografia, ecografia, TC sau IRM. Tehnicile imagistice sunt adesea necesare pentru a evalua ce parte a corpului este afectată de BII.
Imunizat	Altele	O persoană este imunizată dacă a fost făcută să fie imună la o infecție. Imunizările obișnuite sunt pentru pojar, oreion și tetanos, dar există multe altele.
Imunomodulator	Medicație	Imunomodulatele slăbesc sau stimulează activitatea sistemului imunitar. Imunosupresoarele sunt imunomodulate obișnuite utilizate în tratamentul BII, deoarece se crede că BII este cel puțin în parte cauzată de un sistem imunitar hiperactiv.
Imunosupresor	Medicație	Un grup de medicamente utilizate pentru a încetini sistemul imunitar, inclusiv steroizi, tiopurine, metotrexat, medicamente anti-TNF și vedolizumab. Întrucât BII poate fi provocată de un sistem imunitar hiperactiv, imunosupresoarele pot fi utile

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		pentru tratamentul său.
Indici de gravitate a bolii	Test	Un indice de gravitate a bolii este o cale de a măsura gravitatea bolii pe baza simptomelor pacienților și a anumitor teste (de exemplu, cum arată intestinul la o endoscopie). De obicei, boala mai severă este reprezentată de scoruri mai ridicate. Un exemplu este indicele de activitate a bolii pentru colita ulcerativă (UCDAI) sau indicele de activitate a bolii Crohn (CAAI).
Infliximab	Medicație	Un medicament biologic anti-TNF utilizat în mod obișnuit pentru tratamentul BII. Este administrat pacientului printr-o perfuzie direct în sistemul circulator.
Inhibitori COX-2	Medicație	Aceștia sunt un grup specific de AINS, cu mai puține efecte secundare și tolerați mai bine în BII.
Inhibitori de calcineurină	Medicație	Agente imunosupresori care sunt utilizați pentru a trata BII și pentru a preveni rejețul de organ la pacienții transplantați.
Intubație endoscopică	Test	Aceasta este introducerea unui tub în corpul dumneavoastră utilizând un endoscop.
IPAA sau anastomoza cu rezervor ileo-anal	Intervenție chirurgicală	Aceasta este o intervenție chirurgicală adesea practică pentru pacienții cu CU, în care partea terminală a intestinului subțire este restructurată ca un rezervor (pungă) și îndeplinește funcția pe care obișnuia să o îndeplinească intestinul gros înainte de a fi îndepărtat.
IRM sau imagistică prin rezonanță magnetică	Test	Un test care utilizează undele magnetice pentru a capta imagini diagnostice ale diferitelor părți ale corpului. Nu este utilizată radiația.
Lactoferină	Test	Proteină care este eliberată în intestin atunci când este inflamat. Pacientul trebuie să furnizeze o probă de scaun pentru ca aceasta să fie măsurată.
Laparoscopic	Intervenție chirurgicală	Chirurgia laparoscopică este o cale de a practica intervenții chirurgicale în care pacientului i se fac incizii mici și sunt introduse camere video pentru a vizualiza câmpul chirurgical. Datorită inciziilor mai mici, recuperarea post-operatorie este de obicei mai rapidă decât în chirurgia obișnuită.
Loperamidă	Medicație	Un medicament antidiareic tipic, vezi antidiareic.
Malabsorbție	Complicație a BC	Absorbția anormală a substanțelor nutritive din alimente la nivelul tractului gastrointestinal.
Malnutriție	Complicație a BC	Lipsa unei nutriții adecvate care decurge, de exemplu, din imposibilitatea de a mânca suficient, de a mânca suficiente alimente corecte sau din malabsorbție (vezi Malabsorbție).
MECP sau colangiografie prin rezonanță magnetică	Test	Acesta este un test special care utilizează un aparat de IRM pentru a verifica tulburările hepatobiliare.
Medicamente biologice	Medicație	De obicei proteine de tip IG (imunoglobuline) care sunt obținute din celule modificate genetic, de

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		exemplu agenți anti-TNF sau vedolizumab.
Medicație anti-TNF	Medicație	Medicamente biologice (produse prin biotehnologie) utilizate în mod obișnuit pentru a trata boala inflamatorie intestinală. Cele mai obișnuite sunt infliximab, adalimumab, certolizumab și golimumab.
Mesalazină	Medicație	Un medicament utilizat pentru a trata BII. Se poate lua pe cale orală sau rectală.
Metotrexat	Medicație	Medicament care aparține grupului imunosupresoarelor, utilizat în mod obișnuit pentru tratamentul BC. Nu este la fel de eficient pentru colita ulcerativă.
Metronidazol	Medicație	Acesta este un antibiotic utilizat în mod obișnuit pentru a trata pouchita și BC fistulizantă.
Nivelul de feritină serică	Test	Aceasta este o analiză care măsoară cantitatea de fier stocată în corp.
Niveluri de hemoglobină	Test	Nivelurile de hemoglobină măsoară cât de multă hemoglobină este în sângele dumneavoastră. Hemoglobina transportă oxigenul în sânge. Nivelurile scăzute indică anemia.
Obstrucție, obstructiv	Complicație a BC	O obstrucție are loc atunci când inflamația asociată BC îngroașă peretele intestinal, provocând îngustarea intestinului sau atunci când porțiuni ale intestinului dezvoltă aderențe și fluxul conținutului intestinal este blocat.
Oral	Medicație	Medicația orală este o medicație care se ia pe gură.
Osteopenie	Boală	Aceasta este slăbirea oaselor care nu este suficient de însemnată pentru a fi considerată osteoporoză.
Osteoporoză	Boală	Aceasta este o afecțiune medicală în care oasele devin slabe și expun persoana la un risc mai mare de a suferi fracturi.
p-ANCA	Test	p-ANCA înseamnă anticorpi perinucleari anti-citoplasma neutrofilelor. Aceștia sunt detectați în sânge.
Pouchită	Complicație	Inflamația rezervorului ileal (vezi IPAA).
Puseu sau recidivă	Descriptor al bolii	Aceasta este o stare a bolii active și este opusul bolii care este în remisiune. O persoană care se află într-un puseu de boală va avea simptome și inflamație.
Pyoderma gangrenosum	Boală	Inflamație a pielii care duce la ulcerații dureroase provocate de mecanisme autoimune și nu de o infecție, observată uneori la pacienții cu BII.
Recidivă	Descriptor al bolii	Reactivarea bolii.
Rect	Parte a corpului	Aceasta este partea finală a colonului. Se termină la nivelul anusului.
Rectal	Parte a corpului	Ceva care este rectal are legătură cu partea terminală a colonului, care se numește rect. De exemplu, un medicament care este introdus în rect prin anus se numește medicament rectal.
Reducere treptată	Medicație	Dacă un medicament este redus treptat,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		Înteruperea administrării are loc în mod gradual, și nu brusc. Acest lucru trebuie făcut în cazul steroizilor, deoarece oprirea bruscă a administrării steroizilor poate avea efecte secundare grave.
Remisiune	Descriptor al bolii	Remisiunea are loc atunci când o persoană nu are boala activă; aceasta este în contrast cu termenii „puseu” sau „recidivă” care sunt folosiți pentru a descrie situația în care o persoană are boala activă.
Rezecție	Intervenție chirurgicală	Îndepărtarea chirurgicală în întregime sau a unei părți a unui organ sau a altei structuri a corpului.
Sacroileită	Boală	Inflamație a articulației dintre osul sacru și oasele iliace pelvine.
Saturația transferinei	Test	Aceasta este o măsură a capacității de legare a fierului din organism, iar nivelurile mai mici de 16% indică o carență de fier.
Scaun sau scaune	Altele	Un scaun este o mișcare intestinală sau fecale.
Scor T	Test	Scorul T este o măsurare a densității osoase.
Serologic	Test	Serologia studiază serul și alte fluide ale corpului. De obicei este folosit pentru a diagnostica anticorpii din ser.
Serologie	Test	Aceasta reprezintă testarea serului sau a altor fluide ale corpului.
Seton	Intervenție chirurgicală	Un fir care este utilizat pentru a menține deschis traiectul fistulei și a evita colectarea de puroi într-un abces.
Sigmoidoscopie	Test	Aceasta este similară cu o colonoscopie, cu excepția faptului că examinează numai ultima parte a colonului, spre deosebire de întregul colon.
Sindromul de intestin iritabil (SII)	Boală	O afecțiune obișnuită cu simptome asemănătoare BII, dar fără inflamație.
Sistemic	Medicație	Un medicament sistemic care afectează întregul organism. Acesta este în contrast cu un medicament topic care nu circulă peste tot în corp.
Spondilită anchilozantă	Boală asociată BII	Este o formă de artrită caracterizată de inflamație cronică ce afectează în primul rând coloana vertebrală, provocând durere și rigiditate a spatelui, care progresează la torace și gât.
Stenoză	Boală	Aceasta este o îngustare care este suficient de semnificativă încât să provoace disconfort pacientului.
Steroizi	Medicație	Steroizii sunt utilizați în mod obișnuit pentru a trata BII și acționează prin imunosupresie. Aceștia pot să fie topici sau sistemici. Datorită multiplelor lor efecte secundare, utilizarea lor trebuie limitată cât mai mult posibil.
Strictură	Boală a BC	Aceasta este o îngustare care este suficient de semnificativă încât să provoace disconfort pacientului.
Sulfasalazină	Medicație	Sulfasalazina este un medicament utilizat pentru a trata BII. Sulfasalazina constă în două părți, 5-

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		ASA, partea activă, și un antibiotic, sulfapiridina. Sulfasalazina este divizată de către bacteriile din colon și eliberează 5-ASA.
Supozitoare sau supozitor	Medicație	Acesta este un medicament care este introdus în rect și apoi se topește și acoperă mucoasa intestinală pentru a trata inflamația.
Supraveghere	Test	Supravegherea are loc atunci când medicul examinează în mod regulat pacientul cu BII, adesea cu un endoscop, pentru a vedea dacă s-a dezvoltat cancerul intestinal. Supravegherea este importantă deoarece pacienții cu BII au un risc crescut de a face cancer intestinal.
Tacrolimus	Medicație	Acesta este un imunosupresor similar cu ciclosporina, care poate fi utilizat pe cale orală pentru a trata CU.
TC (tomografie computerizată)	Test	Aceasta este o formă de radiografie efectuată cu un aparat de scanare.
Tenesme	Descriptor al bolii	Spasme sau crampe dureroase la nivelul rectului/anusului, de obicei însoțite de eforturi involuntare de încordare și nevoia urgentă de a evacua, fără produs real.
Terapie de salvare	Tratament	Terapia de salvare este un tratament care se utilizează atunci când toate tratamentele convenționale au eșuat și este utilizată ca un ultim efort de a ține boala sub control.
Tiopurine	Medicație	Aceste medicamente sunt imunosupresoare. Azatioprina și mercaptopurina sunt cel mai frecvent utilizate pentru tratamentul BII.
Topic	Medicație	Acesta este un medicament care tratează inflamația direct, fără să fie absorbit de către organism.
Tratament de menținere	Medicație	Acesta este un tratament utilizat pentru a menține pacientul în remisiune.
Trombocitoză	Test	Număr crescut de plachete (trombocite).
Tuberculoză	Boală	Aceasta este o boală infecțioasă care afectează plămânii și alte părți ale organismului, provocată de mycobacterium tuberculosis.
Tulburări limfoproliferative (TLP)	Boală	Un grup de boli în care limfocitele (globule albe) sunt produse excesiv. TLP includ diferite leucemii și limfoame.
Uree serică	Test	Ureea este o substanță care este în mod normal îndepărtată din sânge de către rinichi, în urină. Este important să fie testate nivelurile de uree serică deoarece valorile anormale pot indica dacă rinichii sunt afectați sau dacă pacientul este deshidratat.
Uveită	Boală	Aceasta este o inflamație a uveei la nivelul ochiului.
Validat	Test	Dacă ceva a fost validat, înseamnă că s-a dovedit a fi o măsură precisă a ceea ce pretinde că măsoară. De exemplu, un indice de gravitate a bolii va fi

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		validat de îndată ce se dovedește că măsoară gravitatea bolii cu precizie.
Vedolizumab	Medicație	Un medicament biologic (produs prin biotehnologie) utilizat pentru a trata BII. Este administrat pacientului printr-o perfuzie direct în sistemul circulator.
VSH sau viteza de sedimentare a hematiilor (eritrocitelor)	Test	O analiză de sânge utilizată pentru a măsura gradul de inflamație din organism, similară cu CRP.
VSL#3	Medicație	Acesta este un probiotic (microorganisme vii care, atunci când sunt administrate într-o cantitate adecvată, conferă gazdei un beneficiu pentru sănătate) care s-a dovedit promițător pentru tratarea pouchitei.